

VIÊM KẾT MẠC

MỤC TIÊU HỌC TẬP

- Nêu được chẩn đoán một số hình thái viêm kết mạc thường gặp.
- Trình bày được nguyên tắc điều trị và phòng bệnh một số viêm kết mạc thường gặp.

NỘI DUNG

Viêm kết mạc là một bệnh rất thường gặp. Biểu hiện lâm sàng bao gồm những triệu chứng chủ quan như ngứa, cộm, chảy nước mắt...và những triệu chứng thực thể như xuất tiết, nhú gai, hột, u hạt, giả mạc và màng, loét kết mạc, mụn bọng...

Triệu chứng chủ quan

Trong các viêm kết mạc thường không đặc hiệu. Dấu hiệu chảy nước mắt, kích thích, rất bông trong mắt hay nhìn chói đều có thể gặp trong mọi trường hợp viêm kết mạc do các nguyên nhân khác nhau. Khi có tổn thương giác mạc có thể có cảm giác đau, dị vật. Ngứa là triệu chứng đặc hiệu của viêm kết mạc dị ứng nhưng cũng có thể xuất hiện trong các viêm bờ mi,...

Triệu chứng thực thể

Phù kết mạc: là do dịch thấm qua các mao mạch có lỗ của kết mạc. Kết mạc phù thường sưng mọng lên, trong suốt (trong trường hợp nặng có thể lộ ra ngoài khe mi).

Xuất tiết (tiết tố): là dịch rỉ ra ngoài qua biểu mô kết mạc từ những mạch máu giãn và cương tụ. Đặc điểm của những chất xuất tiết khác nhau tùy nguyên nhân gây viêm (tiết tố mủ là điển hình của viêm kết mạc do vi khuẩn, tiết tố chứa thanh dịch, nhày trong là của viêm kết mạc do virus,...).

Thâm nhiễm kết mạc: xuất hiện trong các viêm nhiễm kết mạc nói chung. Kết mạc mất độ trong bóng bình thường, trở nên dày và đỏ, đặc biệt ở vùng cùng đồ.

Nhú gai: nhiều nguyên nhân gây viêm kết mạc cấp hoặc mạn tính gây ra đáp ứng nhú gai. Nhú chỉ xuất hiện trên kết mạc sụn mi, kết mạc vùng rìa là những nơi biểu mô kết mạc tiếp giáp phía dưới với tổ chức có tính chất xơ. Cấu trúc nhú gai bao gồm trục mạch máu ở giữa, xung quang là thâm nhiễm của các tế bào viêm mạn tính như lympho bào, tương bào và bạch cầu ái toan. Khi quá trình viêm kéo dài, các nhú gai có thể kết nhập tạo thành nhú khổng lồ (trong viêm mùa xuân hoặc trên bệnh nhân đeo kính tiếp xúc). Nhú gai thường gặp trong viêm kết mạc dị ứng, do vi khuẩn, phản ứng khi đeo kính tiếp xúc, viêm bờ mi,...

Hột: là biểu hiện điển hình trong một số viêm kết mạc. Hột là sự quá sản của tổ chức lympho trong nhu mô kết mạc. Kích thước và vị trí của hột trên kết mạc khác nhau tùy loại viêm kết mạc và mức độ viêm. Mạch máu thường bao quanh và xâm lấn lên bề mặt hột chứ không bao ở bên trong hột.

Giả mạc và màng: là dịch thấm fibrin thoát ra qua các mạch máu kết mạc bị viêm nhiễm cùng các bạch cầu đa nhân và có thể đông lại trên bề mặt biểu mô kết mạc. Giả mạc và màng xuất hiện trong các viêm kết mạc tùy theo nguyên nhân. Giả mạc thường dễ bóc, ít gây chảy máu. Màng thường khó bóc, khi bóc sẽ chảy máu rất nhiều và khi khô để lại sẹo dưới biểu mô.

U hạt: là sự tăng sinh của tổ chức hạt trong các viêm kết mạc đặc hiệu như lao, giang mai, sarcoidosis hoặc do dị vật trong kết mạc.

Loét kết mạc: loét kết mạc thường ở phía dưới hoặc trên kết mạc nhãn cầu, có thể bị tiết tổ kết mạc hoặc giả mạc che lấp. Nếu để hai bề mặt kết mạc loét dính nhau thì có thể gây dính mi cầu và cận cùng đồ.

Hạch trước tai: trong một số hình thái viêm kết mạc, hạch trước tai sưng to, đôi khi ấn đau (viêm kết mạc do virus, do chlamydia,...).

1. VIÊM KẾT MẠC DO VI KHUẨN

1.1. Đặc điểm chung

Viêm kết mạc do vi khuẩn đôi khi có thể nghiêm trọng và ảnh hưởng đến thị lực nếu nguyên nhân do các vi khuẩn có độc tính cao. Nguyên nhân gây bệnh thường là liên cầu, tụ cầu, phế cầu, lậu cầu, Haemophilus influenza, trực khuẩn Weeks, Moraxella Lacunata,... Bệnh thường khởi phát đột ngột (nếu cấp tính), lúc đầu ở một mắt, sau lan sang mắt kia.

Triệu chứng chủ quan thường bắt đầu là cộm như có cát trong mắt, bỏng rát và nhiều tiết tố làm mắt khó mở vào buổi sáng khi ngủ dậy. Triệu chứng khách quan: hai mi sưng nề, có tiết tố bám khô. Tiết tố ban đầu có dạng loãng giống như viêm kết mạc do virus, sau chuyển sang mũ nhầy. Kết mạc cương tụ ở cùng đồ và mi. Có thể xuất hiện màng giả ở kết mạc. Giác mạc ít bị thâm nhiễm, tuy nhiên có thể có viêm giác mạc chấm nông và thâm nhiễm vùng rìa. Nếu nguyên nhân do tụ cầu thì thường kèm theo nhọt mụn ở ngoài da. Nếu nguyên nhân do liên cầu thì thường có loét ở mặt hay nứt ở vùng khe mi. Nếu nguyên nhân do trực khuẩn Weeks thì thường phát triển viêm kết mạc kèm thoát huyết. Chẩn đoán thường dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng: xét nghiệm soi tươi, soi trực tiếp chất tiết tố, nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ). Điều trị: rửa mắt bằng nước muối sinh lý để loại bỏ tối đa tiết tố. Tiếp đó cho bệnh nhân tra kháng sinh (nước, mỡ) 7-10 ngày. Trong trường hợp nhẹ, có thể dùng Cloramphenicol 0,4%. Trong những trường hợp nặng hơn: có thể dùng Tobramicin, Neomicin, ciprofloxacin,... Thuốc nhóm Quinolon chỉ dùng trong những trường hợp rất nặng mà các thuốc khác không có tác dụng. Toàn thân có thể dùng kháng sinh trong những trường hợp cần thiết. Để phòng bệnh, cần tuyên truyền giữ vệ sinh cá nhân và môi trường, không tiếp xúc với người bị bệnh.

1.2. Viêm kết mạc cấp do phế cầu

Thường xuất hiện ở trẻ em, thường kèm viêm thể dịch đường hô hấp trên.

1.2.1. Triệu chứng

Hai mi sưng phù, xuất huyết chấm nhỏ ở kết mạc và củng mạc. Thường tạo màng giả ở kết mạc mi và củng đồ dưới, màu trắng xám, dễ bóc bằng bông cuốn. Có thể kèm tổn thương giác mạc lớp nông ở vùng rìa (thẩm lậu nhỏ, có thể phát triển thành loét).

1.2.2. Điều trị

Cần lấy tiết tố làm xét nghiệm để chẩn đoán xác định tác nhân gây bệnh trước khi điều trị. Cần bóc màng hàng ngày hoặc cách ngày, sau đó rửa mắt sạch bằng nước muối sinh lý và tra kháng sinh (Cebemycin, Bacitracin-polymycin B, Ciprofloxacin,...) 10-15 lần/ ngày.

1.3. Viêm kết mạc cấp do lậu cầu (*Neisseria gonorrhoeae*):

Bệnh tiến triển nặng, đặc biệt nguy hiểm với giác mạc. Có 3 hình thái lâm sàng: Sơ sinh, trẻ em và người lớn.

1.3.1. Viêm kết mạc cấp ở trẻ sơ sinh

Bệnh thường xuất hiện vào ngày 2-3 sau khi sinh khi qua đường sinh dục của người mẹ bị nhiễm lậu hoặc thậm chí từ khi còn trong bụng mẹ do vỡ ối sớm. Bệnh phát triển theo 3 giai đoạn: Giai đoạn 1 (ủ bệnh) kéo dài 3-4 ngày – da mi đỏ, phù mạnh, mi cứng như gỗ làm mắt rất khó mở, kết mạc cương tụ và phù, tiết tố máu; Giai đoạn 2 (chảy mủ) kéo dài 5-7 ngày – hai mi mềm hơn, tiết tố mủ nhiều (đặc điểm càng lau càng chảy), vành mi để khám rất khó (nếu khám được thấy kết mạc mi nhiều nhú gai); Giai đoạn 3 (tăng sản nhú gai) kéo dài 6-8 ngày – tăng sản nhú gai phát triển mạnh, kết mạc cương tụ nhìn như có tổ chức hạt, sau đó kết mạc chuyển dần về bình thường, không để lại dấu vết (khác với người lớn: sau khi bệnh khỏi có thể để lại sẹo). Bệnh có thể tiến triển rất nặng, nếu không điều trị kịp thời sẽ loét giác mạc, có thể hoại tử và thủng giác mạc, điều trị khó và để lại sẹo. Bệnh được chẩn đoán dựa vào bệnh cảnh lâm sàng và xét nghiệm (soi trực tiếp chất tiết kết mạc, nhuộm Gram sẽ thấy rõ song cầu hình hạt cà phê).

1.3.2. Viêm kết mạc cấp do lậu cầu ở trẻ em

Bệnh thường phát triển ở 1 mắt, ở cháu gái do tự lây. Tiến triển nặng hơn hình thái sơ sinh, hay gây tổn thương giác mạc.

1.3.3. Viêm kết mạc cấp do lậu cầu ở người lớn

Thường ở 1 mắt. Tiến triển nặng, kèm sốt cao, tổn thương khớp, cơ, tim. Sau thời gian ủ bệnh, hai mi sưng nề, nhiều tiết tố vàng bẩn, có bọt loãng trào ra khi vành mi. Kết mạc cương tụ với nhiều nhú gai nhỏ li ti. Giác mạc tổn thương trong những trường hợp nặng, lúc đầu loét cạnh rìa, sau loét vào trung tâm và có thể gây viêm nội nhãn.

1.3.4. Điều trị và phòng bệnh

Phòng bệnh: Đối với trẻ sơ sinh: tra dung dịch Argyron 3% sau khi sinh (phương pháp này lần đầu tiên do bác sĩ người Nga Matveevitch phát hiện, xong trong y văn hay gọi là phương pháp Créde – 1881).Hiện nay có thể tra một loại kháng sinh, cần phải theo dõi kiểm tra người mẹ trước sinh để có biện pháp xử lý sớm. Đối với hình thái trẻ em và người lớn: cần giữ vệ sinh cá nhân và môi trường xung quanh và phải phát hiện sớm và điều trị kịp thời nếu có nhiễm lậu cầu toàn thân.

Điều trị: Rửa mắt liên tục bằng nước muối sinh lý. Tra kháng sinh nhạy cảm với lậu cầu. Penicilin đã không dùng trong điều trị do tỉ lệ gia tăng của lậu cầu kháng penicillin. Thuốc được dùng là kháng sinh nhóm quinolon, cephalosporin, bacitracin, gentamycin... tra 10-15 lần/ngày hoặc dưới hình thức giọt giọt trong những ngày đầu. Sau đó 30 phút-1giờ/1 lần. Khi bệnh gần ổn định giảm liều 3-4 lần/ ngày. Toàn thân: với trẻ sơ sinh cần rất thận trọng khi chỉ định dùng kháng sinh; đối với người lớn: Cefoxitin 1gr tiêm bắp hoặc Cefotaxim 0,5gr tiêm t/m x 4 lần/ ngày, hoặc Ceftriaxon 1gr tiêm t/m hoặc Spectinomycin 2gr tiêm bắp.

1.4. Viêm kết mạc cấp do bạch hầu

Bạch hầu là một viêm cấp tính, đặc trưng bởi sự tạo màng ở những đường vào của vi khuẩn. Tác nhân gây bệnh là trực khuẩn *Lefflera* (tạo ngoại độc tố). Bệnh thường lây qua đường hô hấp. Thời gian ủ bệnh 2-10 ngày. Bệnh thường phát triển ở trẻ em 2-10 tuổi. Nếu bạch hầu và liên cầu cùng phát triển thì bệnh tiến triển rất nặng. Có ba hình thái lâm sàng.

1.4.1. Hình thái bạch hầu

Đây là hình thái nặng nhất. Tổn thương cơ bản: mi phù cứng, cương tụ (đặc biệt mi trên) làm mắt không mở được. Tiết tố nhầy ít. Sau 1-3 ngày mi mềm hơn, tiết tố nhiều hơn. Xuất hiện màng màu xám bẩn, bám chặt vào kết mạc mi và cùng đồ, kết mạc nhãn cầu. Bóc màng rất khó, gây chảy máu. Màng sẽ tự bong ra sau 7-10 ngày, để lại sẹo sao ở kết mạc. Tiết tố mủ nhiều. Nếu không điều trị kịp thời có thể phát triển loét giác mạc, viêm toàn nhãn.

1.4.2. Hình thái tơ huyết

Thường xảy ra hơn, quá trình viêm tiến triển nhẹ hơn hình thái trên. Màng chỉ tạo ở kết mạc mi, mềm hơn, màu xám bẩn, dễ bóc hơn và chảy máu ít và sẹo ở kết mạc sau khi bong màng ít hơn. Giác mạc thường không bị tổn thương. Tiên lượng tốt.

1.4.3. Hình thái thể dịch

Là hình thái tiến triển nhẹ nhất, thường không tạo màng. Tổn thương chủ yếu là cương tụ và phù kết mạc. Không tổn thương giác mạc.

1.4.4. Chẩn đoán xác định

Dựa trên các tổn thương lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng (lấy dịch và chất tiết ở kết mạc làm xét nghiệm ngay trong 3 giờ đầu).

1.4.5. Chẩn đoán phân biệt

Bệnh cần được chẩn đoán phân biệt với viêm kết mạc tạo màng do phế cầu, liên cầu và viêm kết mạc tạo màng kiểu bạch hầu do adenovirus. Đối với hình thái đầu tiên: thường có viêm thể dịch đường hô hấp trên hoặc viêm phổi, có phế cầu hoặc liên cầu trong bệnh phẩm. Màng tạo có màu trắng, dễ bóc và không để lại sẹo. Đối với hình thái sau: diễn biến gần giống bạch hầu, tuy nhiên ở những bệnh nhân này có viêm thể dịch đường hô hấp trên, hạch trước tai và góc hàm. Màng tạo màu xám, mềm, dễ bóc và không để lại sẹo.

1.4.6. Điều trị

Trước tiên cần phải cách ly bệnh nhân. Toàn thân: tiêm huyết thanh chống bạch hầu (đối với hình thái nhẹ: 10.000 -15.000 AE/1 lần. Tổng liều là 30.000 – 40.000 AE. Đối với hình thái nặng: tăng liều cao hơn gấp 1,5 – 2 lần. Kháng sinh có tác dụng tốt thuộc dòng Tetraxiclin, Erythromyxin. Ngoài ra cần phải cho bệnh nhân dùng thuốc giải độc theo đường truyền tĩnh mạch, uống vitamin. Tại mắt: rửa mắt liên tục bằng nước muối sinh lý, lấy màng (nếu được), tra kháng sinh dòng Tetraxiclin và Erythromyxin. Nếu có tổn thương giác mạc, cần phải điều trị phối hợp.

2. VIÊM KẾT MẠC DO VIRUT

2.1. Viêm kết mạc do adenovirut

Adenovirut có thể gây rất nhiều bệnh nhiễm trùng ở kết mạc và giác mạc. Có đến 10/32 týp huyết thanh của adenovirut có thể gây bệnh ở mắt. Hai hình thái thường gặp nhất là viêm kết mạc kèm sốt, viêm họng - hạch (pharyngoconjunctival fever – PCF) và viêm kết giác mạc thành dịch (Epidemic keratoconjunctivitis – EKC). Đường lây trực tiếp hoặc gián tiếp (trường học, bể bơi...).

2.1.1. Viêm kết mạc kèm sốt, viêm họng, hạch

Hình thái này do serotype 3,4,7 gây nên, thường kèm viêm đường hô hấp trên. Bệnh nhân sốt nhẹ, đau họng, có thể nổi hạch trước tai, người mệt mỏi. Tại mắt thấy mí sưng và cảm giác nặng mí, cảm giác cộm như có cát ở trong mắt, sau đó mắt sưng nề nhanh. Tiết tố trong và dính. Kết mạc cương tụ, có thể phù, xuất hiện nốt thành dây ở cùng đồ (to, ánh hồng, không xâm nhập sụn, không để lại sẹo). Có thể có xuất huyết kết mạc, màng giả kết mạc (màu xám, mềm, dễ bóc). Giác mạc không bị tổn thương.

2.1.2. Viêm kết giác mạc thành dịch

Do serotype 8,11,19 gây nên, thường không kèm triệu chứng toàn thân. Tổn thương kết mạc tương tự như hình thái trên. Tổn thương giác mạc tiến triển theo 3 giai đoạn: giai đoạn 1 (tiến triển trong vòng 7 ngày sau khi khởi phát bệnh) – Trên giác mạc xuất hiện những chấm viêm biểu mô toả lan hoặc có thể tróc biểu mô dạng chấm. Bệnh thường khỏi sau 2 tuần hoặc chuyển sang giai đoạn sau. Giai đoạn 2 (xuất hiện từ 7 đến 10 ngày sau khi khởi phát) – Trên giác mạc xuất hiện viêm biểu mô dạng chấm sâu. Bệnh có thể khỏi hoàn toàn sau điều trị. Giai đoạn 3 (xuất hiện sau ngày thứ 8) - Bệnh biểu hiện bằng viêm biểu mô dạng chấm sâu, viêm nhu mô trước. Nếu không điều trị đúng, các ổ viêm này sẽ tồn tại hàng tháng hoặc hàng năm và gây giảm thị lực một cách đáng kể.

2.1.3. Phòng bệnh và điều trị

Cần cách ly bệnh nhân và giữ vệ sinh chung. Vì chưa có thuốc chống adenovirut đặc hiệu nên chủ yếu là điều trị triệu chứng và nâng cao thể trạng. Bệnh có thể tự rút lui trong 2 tuần nếu không có biến chứng đặc biệt. Cần tra kháng sinh tại mắt chống bội nhiễm. Cần thận trọng khi dùng corticoid: dùng liều thấp và không dùng đột ngột tránh gây bệnh phát triển kéo dài và tái phát.

2.2. Viêm kết mạc do Enterovirut

Tác nhân gây bệnh là Enterovirut 70 (thuộc nhóm Picornavirut. Đây là một bệnh hiếm gặp, lây lan mạnh, tiến triển nhanh, có thể khỏi sau 1 tuần. Bệnh bắt đầu bằng triệu chứng cộm, chảy nước mắt. Tại mắt xuất hiện nốt trên kết mạc mi kèm thoát huyết dưới kết mạc, có thể kèm viêm biểu mô giác mạc dạng chấm. Điều trị: không có thuốc đặc hiệu, chủ yếu giữ vệ sinh chung, cách ly tốt, chống bội nhiễm.

2.3. Viêm kết mạc do Molluscum contagiosum

Tác nhân gây bệnh là Poxvirut AND. Bệnh lây trực tiếp do tiếp xúc với bệnh nhân hoặc qua đồ dùng. Bệnh thường phát triển ở thanh thiếu niên. Lâm sàng thường biểu hiện bằng viêm kết mạc có nốt kèm tổn thương mi (nốt hạt ngọc có rốn trứng ở bờ mi). Có thể kèm tróc biểu mô giác mạc dạng chấm, tổn thương ở các phần khác của cơ thể. Điều trị: Phẫu thuật cắt các nốt ở mi kèm áp lạnh đông, tra kháng sinh chống bội nhiễm.

2.4. Viêm kết mạc do virus herpes

Bệnh hay tái phát do virus luôn có ở trong cơ thể. Bệnh có thể phát triển ở phụ nữ theo sự thay đổi của chu kỳ kinh nguyệt. Virus thường vào cơ thể lạnh lẽ, có thể gây phản ứng mạnh, sốt cao, nổi mụn nước. Tại mắt phát triển viêm kết mạc có nốt cấp. Điều trị: thuốc chống virus herpes và chống bội nhiễm.

3. VIÊM KẾT MẠC CẤP DO CHLAMYDIA

Bệnh do serotype D-K của Chlamydia trachomatis gây nên, thường phát triển ở người trẻ và trẻ em. Đường lây: qua đường sinh dục hoặc trực tiếp.

Biểu hiện lâm sàng tại mắt bằng một viêm kết mạc thể vùi. Tổn thương ở mắt thường xuất hiện sau khi lây một tuần, phối hợp với viêm phần phụ hoặc cổ tử cung không đặc hiệu. Có 2 hình thái lâm sàng:

3.1. Viêm kết mạc do Chlamydia ở người lớn (viêm kết mạc thể vùi)

Phát triển bán cấp, thường khởi phát 1-2 tuần sau khi nhiễm bệnh, biểu hiện bằng phản ứng hạt ở kết mạc mi dưới và cùng đồ dưới, kết mạc nhãn cầu và nếp bán nguyệt, không tạo màng, có ít tiết tố mũ nhày., có thể có hạch trước tai. Tại giác mạc có thể có viêm biểu mô hoặc dưới biểu mô. Bệnh thường tiến triển kèm viêm niệu đạo, cổ tử cung. Điều trị: Bệnh có thể tự khỏi sau 6-18 tuần nhưng rất hiếm. Tại mắt tra dung dịch SMP10% và mỡ Tetraxiclin 1%; toàn thân uống Tetraxiclin 0,25x4 viên/ngày trong 3 tuần, hoặc Doxycyclin 0,1x2 viên/ngày trong 3 tuần, hoặc Erythromycin 0,25x4 viên/ngày trong 3 tuần, hoặc Azythromycin 1gr/1ngày (liều duy nhất).

3.2. Viêm kết mạc do Chlamydia ở trẻ sơ sinh

Phát triển sau khi sinh 5-14 ngày. Giai đoạn đầu thường không có hạt trên kết mạc (hạt chỉ có thể xuất hiện sau 3 tháng tuổi), có thể có màng trên kết mạc sụn mi, nhiều tiết tố mũ nhày. Bệnh có thể phối hợp với các tổn thương ở các cơ quan khác trong cơ thể: viêm phổi, viêm tai giữa. Cần chẩn đoán phân biệt với viêm kết mạc do lậu cầu (cần lấy tiết tố và làm xét nghiệm nhuộm gram hoặc giêmsa). Điều trị: thường đáp ứng

tốt với thuốc tra (SMP 10%, mỡ tetraxiclin 1% hoặc mỡ Erythromycin 1%). Toàn thân có thể uống Erythromycin hoặc tiêm tĩnh mạch 125mg/kg x4 lần/ngày trong 14 ngày.

4. VIÊM KẾT MẠC MẠN TÍNH CÓ HỘT

Chưa rõ nguyên nhân. Bệnh lần đầu tiên được Axenfeld (người Đức) và Morax (người Pháp) tìm ra vì vậy nên bệnh được gọi là viêm kết mạc có hạt kiểu Morax – Axenfeld. Bệnh bắt đầu bằng cộm mắt, chảy nước mắt. Kết mạc xung huyết, hạt phát triển thành dây ở cùng đồ (to đều nhau, không cương tụ), có thể tồn tại rất lâu nhưng khi khỏi không để lại di chứng. Không có điều trị đặc hiệu, cần tra kháng sinh và thuốc sát trùng.

5. VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG

Là một bệnh thường gặp, dị nguyên thường là ngoại sinh.

Hình thái lâm sàng: viêm kết mạc mẫn cảm (atopia), viêm kết mạc tiếp xúc (viêm kết mạc-da), viêm kết mạc do vi sinh vật, viêm kết mạc mùa xuân.

5.1. Viêm kết mạc mẫn cảm

Tiến triển cấp tính và mạn tính.

- Cấp tính (kiểu dị ứng nhanh): Bệnh nhân có cảm giác rất bỏng trong mắt, đau sợ ánh sáng, chảy nước mắt. Mi phù, kết mạc cương tụ, chảy nhiều dịch. Phát triển nhú to trên kết mạc sụn mi. Đôi khi xuất hiện viêm giác mạc chấm.

- Mạn tính: triệu chứng cơ năng phong phú (cảm giác như có cát trong mắt, rất bỏng, chảy nước mắt,...). Triệu chứng thực thể không đặc hiệu (kết mạc hơi nhợt, nhú cương tụ nhẹ, kết mạc cùng đồ dưới hơi dày. Chẩn đoán khó, nhiều khi phải dựa vào sự tự theo dõi của bệnh nhân.

- Điều trị triệu chứng là chủ yếu (kháng histamin, chống bội nhiễm, kháng viêm có steroid).

5.2. Viêm kết mạc và viêm da tiếp xúc

Nguyên nhân thường do dị nguyên ngoại sinh (thuốc, hoá chất, mỹ phẩm, phấn hoa, bụi, thức ăn...). Cơ chế sinh bệnh tương tự như viêm da tiếp xúc và eczema. Bệnh tiến triển theo kiểu dị ứng chậm, thường sau lần thứ hai tiếp xúc với dị nguyên.

Triệu chứng lâm sàng khá điển hình: đau chói, rất bỏng, sợ ánh sáng, kết mạc mi và kết mạc nhãn cầu cương tụ và phù nề. Nhú viêm phì đại. Nhiều tiết tố mủ nhầy (nếu lấy dịch này làm xét nghiệm: có nhiều bạch cầu ái toan, tế bào biểu mô). Da mi viêm mạnh.

5.3. Viêm kết mạc do vi sinh vật (vi khuẩn, virus, nấm, ký sinh trùng)

Dị nguyên thường gặp là ngoại độc tố của tụ cầu. Tiến triển theo kiểu dị ứng chậm.

Triệu chứng: kết mạc cương tụ, nhú to và kết nhập trên kết mạc, thường kèm viêm bờ mi có vẩy. Do triệu chứng nghèo nàn nên cần làm các test da bổ xung để chẩn đoán xác định (đặc biệt là test với kháng nguyên tụ cầu).

5.4. Viêm kết giác mạc có mụn phỏng

Nguyên nhân chưa rõ, thường do dị ứng với vi khuẩn lao.

Triệu chứng: đau nhức mắt, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, thị lực không giảm hoặc giảm rất ít. Trên kết mạc hoặc ở vùng rìa giác mạc xuất hiện những nốt viêm màu vàng nhạt, có nhiều mạch máu bò vào, kết mạc xung quanh cương tụ.

5.5. Viêm kết mạc mùa xuân

Bệnh phát triển chủ yếu ở nam giới tuổi thanh thiếu niên. Bệnh tiến triển theo chu kỳ: kịch phát vào mùa xuân hè, thuyên giảm vào mùa đông (trong một số trường hợp, bệnh phát triển cả năm). Bệnh có cơ chế dị ứng rõ ràng, song kháng nguyên cụ thể là gì thì vẫn còn đang được bàn cãi. Đa số các tác giả cho rằng bệnh có liên quan mật thiết với mùa xuân hè, nắng, thay đổi nội tiết và yếu tố di truyền.

Triệu chứng: bệnh nhân có cảm giác như có dị vật trong mắt, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, giảm thị lực, đặc biệt ngứa mi và mắt. Dử mắt ít, song có đặc điểm là dính, dai và có thể kéo dài thành sợi. Theo tổn thương thực thể, có thể phân ra ba hình thái: hình thái mi, hình thái nhãn cầu và hình thái hỗn hợp. Hình thái mi đặc trưng bởi sụp mi nhẹ, nhú to hình đa giác điển hình trên kết mạc sụn và có màu trắng hồng. Hình thái nhãn cầu đặc trưng bởi cương tụ vùng rìa giác mạc, kết mạc vùng rìa dày lên, màu hồng xám hoặc vàng xám; trong những rường hợp bệnh nặng trên nền kết mạc vùng rìa dày xuất hiện những chấm trắng (hạt Trantas). Hình thái hỗn hợp là sự kết hợp của hai hình thái trên

Điều trị triệu chứng là chủ yếu. Khi bệnh kịch phát nên dùng thuốc kháng histamin, ổn định dưỡng bào, corticoid tra tại chỗ và uống toàn thân. Nếu có tổn thương nhú to và nhiều trên kết mạc: có thể áp tia β với tổng liều 4-5 phút.

6. NGUYÊN TẮC PHÒNG BỆNH:

Nhiều bệnh viêm nhiễm tại mắt có thể phòng được. Việc phòng bệnh là nhiệm vụ của cả thầy thuốc và bệnh nhân như đảm bảo tốt vệ sinh và dinh dưỡng, dùng các thiết bị bảo vệ để hạn chế chấn thương mắt, xử dụng các thuốc sát khuẩn. Cụ thể:

Đối với nhân viên y tế: rửa tay sau mỗi lần khám bệnh nhân; tránh tiếp xúc không cần thiết với ống tra thuốc mắt và các dụng cụ khác; sát trùng tất cả các dụng cụ đã được xử dụng sau mỗi lần khám,...

Đối với bệnh nhân: vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường, dùng nước sạch, xử dụng dụng cụ bảo hộ lao động khi cần thiết,...

SÁCH CẦN ĐỌC THÊM

1. Bài giảng Nhân khoa.
2. Bài giảng mắt - tai mũi họng